

Carolina de Oliveira Cruz

**Concepções de “Humanização” na Ótica de Estudantes de Psicologia /
Campus *Baixada Santista* - UNIFESP**

**Santos
2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS *BAIXADA SANTISTA***

Carolina de Oliveira Cruz

**Concepções de “Humanização” na Ótica de Estudantes de Psicologia /
Campus *Baixada Santista* – UNIFESP**

Trabalho de Conclusão de Curso

Graduanda: Carolina de Oliveira Cruz
Orientadora: Prof^ª Dra Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Co-orientador: Emílio Nolasco

Santos
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Cruz, Carolina de Oliveira, 1988-

Concepções de “Humanização” na Ótica de Estudantes de Psicologia / Campus *Baixada Santista* – UNIFESP / Carolina de Oliveira Cruz. – 2011.

Orientadora: Prof^a Dra Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Curso de Psicologia, 2011.

1. Concepções de Humanização. 2. Experiências de Humanização. 3. Experiências ou Situações Durante o Curso que Tenham Contribuído para a Formação Humanista como Estudante. I. Batista, Sylvia Helena de Souza. II. Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista. Curso de Psicologia. III. Concepções de “Humanização” na Ótica de Estudantes de Psicologia / Campus *Baixada Santista* – UNIFESP

FOLHA DE APROVAÇÃO_____
Data: ____/____/____

Parecerista

Prof^o Dr Marcelo Domingues Roman
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista - Curso de Psicologia
Departamento Saúde, Educação e Sociedade

Data: ____/____/____

Orientadora

Prof^a Dr^a Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a Dr^a Sylvia Helena Souza da Silva Batista, que me acompanhou com paciência e dedicação.

Agradeço a todos os professores que estiveram presentes em toda essa caminhada, principalmente ao Prof^o Dr. Odair Aguiar Júnior, que me deu a oportunidade de trabalhar com ele em uma Iniciação Científica, e aos Profs Drs Luciana Le Sueur Maluf e Alexandre Valotta pelo voto de confiança na Monitoria.

Agradeço aos estudantes que se dispuseram a participar desta pesquisa.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio, interesse, vontade de entender e pelo incentivo frente as dificuldades da distância e da saudade.

Agradeço aos meus irmãos Eduardo e Ricardo (*in Memoriam*), pelo orgulho, carinho e inspiração.

Agradeço à minha família, minha cunhada, meus tios e primos Nadine, Thalita e Leonardo. Nosso caminho acadêmico está cada vez mais completo.

Agradeço aos meus colegas e amigos, todos eles, os próximos e os distantes, aqueles que vejo sempre e aqueles que só encontro de vez em quando. Às companheiras de casa Isabela e Livia; aos amigos do coração, Felipe, Julien, Malu, Ana Claudia, Caio, Victor, Herbert, Vinicius, Marcela, Giovanna, Fernanda (pelas distrações quando o cansaço dominava), Lis e Renata; e àquele que está longe, Lucas.

E agradeço especialmente ao meu avô Manuel (*in Memoriam*), que sei que estaria muito orgulhoso e por ser uma inspiração à toda a família.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo central identificar e apreender as concepções de humanização dos estudantes de Psicologia das cinco turmas dos Campus *Baixada Santista* da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). O referencial teórico adotado neste estudo abrange a contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS) como conquista histórica no âmbito das lutas da sociedade brasileira a favor da democracia e da cultura de direitos humanos. Ancora-se, também, em investigações sobre os diferentes significados de humanização, humanismo e formação humanística.

O Campus *Baixada Santista* da UNIFESP, com um Projeto Político Pedagógico inovador fundamentado na educação interprofissional, na interdisciplinaridade, na integralidade do cuidado e no trabalho em equipe desenvolve uma formação que busca integrar e articular a humanização do cuidado tanto nos Eixos Comuns “O Ser Humano e sua Inserção Social” e “Trabalho em Saúde”, como no distribuído nos Módulos no âmbito dos Eixos Específicos.

O caminho metodológico escolhido compreendeu a realização de grupos focais com estudantes de Psicologia do referido campus, sendo os dados analisados na perspectiva da análise temática de conteúdo. O trabalho analítico possibilitou apreender as concepções sobre humanização: cuidado integral, prática profissional sensível, necessidades do sujeito-paciente, escuta ativa, atenção integral à saúde.

Dentre as experiências pessoais citadas, muitas têm relação com eixos e módulos da Universidade, como Trabalho em Saúde, Inserção Social e módulos específicos de Psicologia. Os estudantes entendem que a experiência prática dos módulos do Eixo Trabalho em Saúde, juntamente com as teorias abordadas nos módulos do Eixo O Ser Humano e sua Inserção Social, e outras experiências em módulos específicos, favoreceram com que eles se tornem mais atentos, abertos e próximos dos sujeitos que terão como pacientes.

SUMÁRIO

RESUMO, iv

I. INTRODUÇÃO, 7

1.1 As Origens da Pesquisa na Trajetória da Pesquisadora, 7

1.2 A Contextualização do Objeto, 8

1.3 A Questão Norteadora da Pesquisa, 10

II. OBJETIVOS, 11

2.1 Objetivos Gerais, 11

2.2 Objetivos Específicos, 11

III. REFERENCIAL TEÓRICO, 12

3.1 Humanização: Aproximações Conceituais, 12

3.2 Humanização e as Práticas de Atenção à Saúde: Desafios para a Atuação dos Profissionais, 13

3.3 Humanização e a Formação em Saúde: Dilemas e Perspectivas, 15

IV. METODOLOGIA, 17

4.1 Cenário de Pesquisa, 17

4.2 População de Estudo, 18

4.3 Coleta de Dados, 19

4.3.1 O Grupo Focal como Procedimento de Produção de Dados, 19

4.4 Análise de Dados, 21

4.5 Aspectos Éticos, 22

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO, 23

5.1 Concepções de Humanização, 23

5.2 Experiências de Humanização, 27

5.3 Experiências ou Situações Durante o Curso que Tenham Contribuído para a Formação Humanista como Estudante, 31

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS, 36

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 38**VIII. ANEXOS, 45**

8.1 Aprovação do Comitê de Ética, 46

8.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 47

8.3 Roteiro do Grupo Focal, 49

8.4 Quadro Analítico, 50

I. INTRODUÇÃO

1.1 As Origens da Pesquisa na Trajetória da Pesquisadora

Toda vez que entro em um consultório de qualquer especialidade observo coisas como a forma que o profissional fala comigo, me examina, se “dá atenção”, se realmente ouve a minha queixa e a leva em consideração ou simplesmente presta atenção ao que eu digo e conversa comigo.

A minha visão de profissional de saúde seria aquele que ao mesmo tempo que usa do seu saber para cuidar de alguém, compartilha com o saber de outros profissionais e ainda considera que quem está à sua frente é uma pessoa que tem uma história de vida, que tem necessidades, que também tem o seu saber. Ninguém sabe mais sobre o próprio corpo do que alguém que vive nele.

O Campus *Baixada Santista* da UNIFESP traz uma visão de profissional da saúde que, na verdade, foi a que eu aprendi e a que achei mais completa. O objetivo é que nós nos tornemos mais atentos ao que a pessoa que busca pelo serviço nos traz. Mas será que estamos realmente preparados?

Durante as visitas que fazíamos no Eixo Trabalho em Saúde, principalmente quando o trabalho era feito em grupo, constantemente ouvia dos estudantes dos outros cursos que quem deveria conversar com a pessoa era o estudante de Psicologia, pois o da Fisioterapia era responsável pelo exercício, o da Nutrição pela alimentação, o da Terapia Ocupacional pela adaptação e o da Educação Física pelo alongamento.

Parece que apesar de toda a preparação, ainda não conseguimos ouvir. E ouvir é uma coisa que parece bem simples. E qual é o trabalho que temos quando ouvimos? Por que, então, é tão difícil?

As vivências que tive como estudante de Psicologia me fizeram olhar para as minhas própria atitudes como pessoa e perguntar que tipo de mundo eu quero formar, que tipo de profissional quero ser. Qual é o lugar em que nos colocamos e em que somos colocados como profissionais de saúde? Qual é o poder desse saber que temos nas mãos e usamos de forma tão individualista?

Foram essas questões e a história da Saúde Mental e do desenvolvimento do SUS no Brasil que fizeram perguntar qual é a escuta que eu posso proporcionar para quem vier em busca de ajuda.

E neste processo de indagar e estudar sobre a escuta, foi se configurando o encontro com a temática da humanização na formação e na produção de práticas de

saúde.

1.2 A Contextualização do Objeto

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição de 1988 (Constituição Cidadã) no governo do presidente José Sarney. Anteriormente, as atuações do Ministério da Saúde resumiam-se a atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, assistência médico-hospitalar para poucas doenças e servia a quem não tinha acesso por meio do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) (Brasil, 2003).

Criado no período do Regime Militar, em 1974, o INAMPS surgiu do desmembramento do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), filiado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha como finalidade prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, porém os contribuintes eram apenas aqueles empregados com carteira assinada e não todos os cidadãos. Os atendimentos prestados por esse INAMPS eram realizados por estabelecimentos próprios, pela iniciativa privada e por convênios que eram pagos de acordo com o procedimento realizado (Brasil, 2003).

Ao final da década de 1970, uma crise do financiamento da previdência social atingiu o INAMPS. Durante a década de 1980, o INAMPS passaria por mudanças já em transição para o SUS com a universalização progressiva do atendimento (Brasil, 2003).

Um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais foi formado e com a 8ª Conferência Nacional da Saúde, a primeira aberta à sociedade, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi implantado. Formou-se assim, como resultado, as bases para a seção da Saúde da Constituição Brasileira de outubro de 1988, definindo a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Em 1993 o INAMPS foi extinto e o SUS foi completamente implantado tendo como principal característica a participação do usuário na gestão do serviço (Brasil, 2003).

Os princípios do SUS foram estabelecidos com base na Constituição Federal de 1988: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação popular (Brasil, 2005).

Por esses princípios, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover a atenção à saúde incluindo assim meios curativos e preventivos, individuais e coletivos, sendo que as necessidades de saúde das pessoas e grupos devem ser levadas em consideração mesmo quando são diferentes do que é considerado pela maioria da

população. Além disso, todos devem ter igualdade de oportunidades para usar o sistema de saúde (Brasil, 2005).

A participação do usuário na gestão do SUS se dá a partir das Conferências de Saúde, a cada quatro anos, e pelos Conselhos de Saúde, órgãos colegiados. Nesses Conselhos, ocorre a paridade, em que os usuários detem metade das vagas, os trabalhadores um quarto e o governo o outro quarto. Há no SUS a descentralização político-administrativa, dividindo o seu comando em três níveis: nacional, estadual e municipal (Brasil, 2005).

Os princípios de hierarquização e regionalização fazem com que os serviços de saúde sejam divididos em diferentes níveis de complexidade: o primário é oferecido diretamente à população e os outros apenas quando necessário. Cada um desses serviços possui uma área de abrangência (parte da população que é responsável) e serviços de maior complexidade possuem maior abrangência por serem em menor quantidade. A eficiência desses serviços é medida pelo fluxo de referência e contra-referência entre eles (Brasil, 2005).

Para que o usuário saiba quais são os deveres do Estado em relação à saúde, foi criada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2007). Essa carta, ferramenta para o cidadão brasileiro conhecer mais os seus direitos em relação ao Sistema Único de Saúde, traz seis princípios básicos de cidadania:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Desses seis princípios da Carta citados acima, quatro relacionam-se com as questões trazidas e remetem ao fato de o SUS tentar de todas as formas garantir um atendimento humanizado para os cidadãos.

O SUS traz em seus princípios a tentativa de “assegurar ao cidadão o

atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável” (Brasil, 2007), para assim ampliar a concepção do processo saúde-doença-cuidado.

Porém, apesar dos significativos avanços com a implantação do SUS, Sucupira (2007) afirma que a maior parte do Sistema de Saúde brasileiro ainda é centrado na doença e na medicalização rápida: “o atendimento prestado resume-se a dar uma resposta imediata, visando despachar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. O foco é a doença, e não o indivíduo. A baixa resolutividade desse modelo faz com que o paciente retorne várias vezes ao serviço, aumentando cada vez mais a demanda”.

O paciente como sujeito deve ser o objeto da atenção, sendo que os resultados do atendimento sejam considerados também sob o ponto de vista trazido por ele, levando em conta as necessidades do sujeito além de sua queixa. O profissional de saúde é, na intervenção feita, uma ferramenta (Van der Molen & Lang, 2007) e cada encontro entre profissional e sujeito deve ser único.

Nesta perspectiva, a questão da humanização ganha realce efetivo, pois a saúde é um fenômeno que vai além da medicina, intervindo na forma como o homem vive num determinado espaço e tempo; é como cada sujeito constrói um significado para sua vida (Salles & Barros, 2007). Portanto, saber cuidar da pessoa e não só da doença é crucial.

A política de humanização do SUS baseia-se no pressuposto da produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis, um ser humano histórico e social, que constitui um “vir-a-ser” constante na interação com o mundo (Gomes *et al*, 2008).

1.3 A Questão Norteadora da Pesquisa

Investigar no âmbito do Curso de Psicologia do Campus *Baixada Santista*, implementado a partir de um projeto que deseja formar profissionais preparados para o trabalho em equipes interprofissionais e interdisciplinares, parte de uma questão central: *Quais as concepções de humanização trazidas pelos estudantes de primeiro ao quinto ano de Psicologia da Unifesp?*

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Conhecer e discutir as concepções de Humanização de estudantes de diferentes séries do curso de Psicologia do Campus *Baixada Santista* / UNIFESP como futuros profissionais da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Apreender as concepções de discentes sobre humanização;
- Apreender e caracterizar experiências de relato/atendimento que os estudantes reconheçam como exemplo de humanização na saúde;
- Identificar e caracterizar situações de aprendizagem vivenciadas durante o curso de Psicologia que os estudantes destacam em relação à temática “humanização”.

III.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Humanização: Aproximações Conceituais

São vários os conceitos encontrados para *humanização* ou *humanizar*. No Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (on-line) foram encontradas três definições: 1. Humanar, inspirar humanidade a; 2. Adoçar, suavizar, civilizar; 3. Tornar-se humano, compadecer-se. De uma forma mais simples, é assim, principalmente em relação à terceira definição, que se espera que seja o contato quando se procura um profissional de saúde.

Grande parte da literatura trabalha com a relação médico-paciente sem estendê-la aos outros profissionais de saúde. São poucos os trabalhos que ampliam a necessidade do cuidado humanizado para toda a equipe. O próprio sistema de saúde, por manter uma visão centrada na alta clínica fornecida apenas pelo médico, já exclui os outros profissionais da relação com o paciente.

Magalhães *et al* (2004) lembra que “cada ser é insubstituível e que a vida deve ser ofertada em abundância, mesmo no menor cuidado a ser praticado”, o que coloca todos os profissionais de saúde na busca pela humanização do cuidado com o paciente. Podemos citar também Paulo Freire que coloca que, antes de ser profissional, é um ser humano que está trabalhando e faz parte das mesmas relações de saber e poder (Moretti-Pires & Bueno, 2009). Para ele, o ser humano humanizado é cidadão, sendo profissional ou usuário do sistema.

O campo da saúde não é exclusivo de nenhum grupo profissional específico, já que o cuidar de pessoas se compõem por uma relação ética com diálogo, escuta e acolhimento em que vários profissionais estão comprometidos com a produção do cuidado (Machado *et al*, 2007). Partindo desse princípio, Mota *et al* (2006) nos lembra que “cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência”, assim, o foco da humanização não é apenas a relação profissional de saúde-paciente apenas pelo paciente, mas também pelo cuidado com o profissional.

Para Magalhães *et al*(2004), humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, tidos como indissociáveis dos aspectos físicos do paciente, assumindo uma postura ética de acolhimento e de reconhecimento dos limites. É, portanto, uma forma de agir, de escutar, da atenção que se presta, do verdadeiro cuidado e presença do profissional. É o “estar com” o paciente (Magalhães *et al*, 2004).

Porém, este “estar com” o paciente não ocorre quando o profissional de saúde considera o seu saber mais importante do que aquele que o paciente traz. Paciente e profissional interpretam a relação saúde-doença de diferentes formas, trata-se de uma relação assimétrica em que o profissional detém um conhecimento da qual o paciente não faz parte (Arrow, 1963).

A humanização, como resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta circunstâncias educacionais, emocionais, éticas, sociais e psíquicas presentes em todos os tipos de relações, deve fazer parte da filosofia dos profissionais de todas as áreas da saúde (Lopes & Brito, 2009).

3.2 Humanização e as Práticas de Atenção à Saúde: Desafios para a Atuação dos Profissionais

As diferentes percepções entre pacientes e profissionais de saúde no relacionamento são influenciadas por questões que ressaltam os diferentes saberes e dificultam a instituição de uma melhor relação. São vários os aspectos referidos pelo paciente na experiência da doença, entre eles estão os culturais, familiares, emocionais (Caprara & Rodrigues, 2004).

Caprara (2001; 2004) afirma que grande parte dos profissionais de saúde não exploram as ansiedades e medos dos pacientes, têm dificuldades em lidar com aspectos psicossociais, da dinâmica familiar e de suas relações, pois isso significaria tentar compreender diferentes visões de saúde e doença, os valores e referencial de doença que cada paciente constrói durante a sua história pessoal e de sua comunidade (Caprara *et al.*, 2001).

Como resultado, Caprara & Franco (1999) afirmam que a relação profissional de saúde-paciente acaba por tornar-se produtora de ansiedade, principalmente entre as classes populares, pois consideram que o profissional não é “franco”, ilustrando uma questão comunicacional. Isso nos diz que a dificuldade de ligação entre o profissional e o paciente se mostra em um problema de linguagem.

O profissional de saúde tem sua formação intensamente focada em aspectos referentes à anatomia, à fisiologia, à patologia e à clínica, desconsiderando a história da pessoa doente, o apoio psicológico e moral (Caprara & Franco, 1999). Alves *et al* nos lembra que deve-se superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo biomédico, sendo que o agir do profissional de saúde deveria ser baseado na escuta e no diálogo e não na simples transmissão de receitas de “modo de fazer” saúde.

Lopes e Brito (2009) observaram que o que é mais valorizado pelo paciente em um profissional de saúde é a sua capacidade humana de conversar, incluí-lo nas decisões e escolhas de tratamento e ser afetivo e não suas habilidades técnicas.

Enquanto o profissional de saúde compreende a si mesmo e ao outro que lhe pede apoio ele se aproxima desse paciente, recorrendo às suas próprias explicações, história de vida e compreensão da situação de doença. Quando o profissional tem como objetivo pensar a sua relação com o paciente, este o coloca em uma posição ativa, levando a queixa a se tornar guia para o momento clínico e repensando a situação do lugar do paciente.

O projeto Humaniza SUS exige mudança de atitude do profissional de saúde que não é simples, e tem como intuito estabelecer uma relação empática e participativa, oferecendo ao paciente a possibilidade de decidir a escolha do tratamento (Caprara & Franco, 1999).

Isto não significa que todos os profissionais de saúde devem transformar-se em psicólogos, mas que a sensibilidade para lidar com os aspectos do paciente, sua realidade, ouvir suas queixas, além do suporte diagnóstico e técnico resultariam em encontrar, juntos, estratégias que facilitariam a adaptação do estilo de vida do paciente a sua nova condição trazida pela doença (Caprara & Rodrigues, 2004).

Caprara e Rodrigues (2004) dizem que os profissionais precisariam, então, de um espaço em que seja possível repensar as suas práticas, tentando fugir do que se torna um cuidado automático para personalizar as relações e humanizar as suas atividades, garantindo o direito à informação para seus pacientes, aperfeiçoando sua comunicação, o que proporcionaria a diminuição do sofrimento e o aumento do grau de satisfação pelo paciente.

Ao profissional de saúde pertence a função de tornar possível que a relação não tenha como foco apenas a doença, mas sim que ela seja centrada no paciente e em suas escolhas. A humanização pode ser entendida como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, sempre levando em conta que, sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de modificar realidades e transformar-se a si próprios neste processo. O objetivo é produzir um novo meio de relação entre os sujeitos que usufruem do sistema de saúde e dos que o constituem, sendo que todos estão, de alguma forma, submetidos a ele (Mota *et al*, 2006).

Esses laços de cidadania formados pela rede de humanização estão em constante construção, tentando olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida e

também como sujeito de muitas histórias de vida, de um coletivo. Faz parte da humanização a capacidade de ouvir e falar, a linguagem e o diálogo, por onde podemos descobrir meios pessoais de comunicação (Buss, 2000).

As diferenças de percepção dos problemas sociais, físicos e psicológicos entre profissional e paciente variam de acordo com as hierarquias de valores de cada um, o que dificulta a comunicação entre eles e pode prejudicar a expressão das necessidades do paciente. Assim, a melhora do ambiente clínico pela humanização oferece benefícios como a melhora do bem-estar e redução do tempo de internação em relação aos pacientes e diminuição das faltas dos profissionais da equipe (Mota *et al*, 2006).

A humanização do tratamento deve partir do princípio que todo paciente é um ser humano e deve continuar vivendo com tal, levando em consideração seus valores, suas possibilidades de escolha mentais e seu funcionamento fisiológico. Deve ser garantido ao paciente a possibilidade de simbolizar seus afetos, apoio para que suporte a angústia frente sua nova condição imposta pela doença e acesso à palavra (Jeammet & Consoli, 2000).

A preocupação com a humanização do tratamento tem como principal foco manter a dignidade do ser humano e o respeito a seus direitos, sua liberdade e seu bem-estar, já que o sujeito deve ser considerado em primeiro lugar (Mota *et al*, 2006). Um profissional que trabalhe com o ser humano deve tratá-lo como humano tentando fazer o melhor, com aproximação, igualdade e respeito.

O profissional de saúde age sobre uma pessoa quando prescreve um tratamento ou diagnostica uma doença e essa pessoa leva para essa nova relação valores, emoções e sentimentos que podem condicionar a eficiência da atitude médica. Portanto, cada encontro entre esse profissional e seu paciente deve conceder uma tomada de consciência quanto ao que norteia as ações desse paciente e seus valores (Mota *et al*, 2006).

3.3 Humanização e a Formação em Saúde: Dilemas e Perspectivas

São poucos os cursos que oferecem uma formação humanística desse profissional, mas deveria haver algo como uma formação humanística do homem-profissional, que incluiria todos os seus valores relacionando-os aos atribuídos à sua profissão (Pessotti, 1996). O passo inicial seria, então, desenvolver no aluno a consciência de sua própria humanidade e valor, pois é ela que o guiará a ser um profissional mais integral.

A formação do profissional, então, torna-se aqui o foco para alcançarmos um cuidado humanizado. Caprara e Rodrigues (2004) colocam que o tema profissional de saúde-paciente deve ser discutido durante todos os anos da formação e que a abordagem interdisciplinar entre clínica, ciências sociais e psicologia é imprescindível.

Uma das hipóteses estudadas é a referida por Belmonte (2003) que diz que “se somos éticos com nossos alunos, eles o serão com os seus pacientes, pois *o modelo de identificação* somos nós, assim como seus pais e família e os professores dos cursos anteriores foram para eles” (Belmonte, 2003). Assim, o docente deve estar preparado, pois a sua relação com o estudante é o que este toma como exemplo para a sua posterior atuação. O estudante, diz Belmonte (2003), só desenvolve a percepção do paciente como pessoa se ele for considerado e percebido como uma.

Existe, então, a necessidade de se formar profissionais que consigam olhar uma outra pessoa, responsabilizar-se por ela, enxergá-la como sujeito e preocupar-se com ela. E, para isso, é preciso mais do que uma única disciplina específica, mas manter a graduação como um todo focada na formação ética e humanista (Pereira & Almeida, 2009).

IV.METODOLOGIA

4.1 Cenário de Pesquisa

A Universidade Federal de São Paulo foi criada a partir da lei nº 8.957, de 1994, sendo resultado da transformação da Escola Paulista de Medicina (EPM). Como resposta às demandas sociais por uma universidade pública e gratuita construiu sua história de expansão, inaugurando o movimento nacional das universidades federais. Neste contexto, agregando a lutas históricas da população da Baixada Santista, instalou-se um novo campus da UNIFESP, no município de Santos, concretizando a expansão universitária, e ampliando a oferta que, até então, abrangia os cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Fonoaudiologia, Medicina e Tecnologia Oftálmica (Projeto Pedagógico do Campus *Baixada Santista*, 2006).

O Campus *Baixada Santista* foi criado em 2004, ano em que foram implantados os cursos sequenciais de formação específica “Educação e Comunicação em Saúde” e “Gestão em Saúde”.

Em 2006, com um Projeto Político Pedagógico inovador fundamentado na educação interprofissional, na interdisciplinaridade, na integralidade do cuidado e no trabalho em equipe, iniciam as atividades de graduação com os cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, assumindo como objetivo o estabelecimento de novos cursos, destinando o campus a aplicação e desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão na área Ciências da Saúde. Assim, os cursos implantados atenderiam às necessidades de aprofundamento e reflexão sobre saúde, mantendo e ampliando a tradição da Universidade (Projeto Pedagógico do campus *Baixada Santista*, 2006).

A Educação Interprofissional na UNIFESP busca o desenvolvimento de profissionais que aprendam juntos sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada um dos campos de atuação, com o objetivo principal de atender aos pacientes de forma integral. Para tanto, prioriza o trabalho em equipes, rompendo com a estrutura curricular organizada em disciplinas específicas.

O currículo foi organizado em quatro Eixos de formação: O Ser Humano em sua dimensão biológica, O Ser Humano e sua inserção social, Trabalho em Saúde e Aproximação a uma prática específica em saúde; sendo os três primeiros comuns aos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Em 2009 iniciaram-se as atividades do curso de graduação em Serviço Social, e

atualmente o Campus Baixada Santista/ UNIFESP oferece 340 vagas ao ano, distribuídas entre os seis cursos.

Segundo o Projeto Político Pedagógico a graduação na universidade tem como principais objetivos:

- “ Formação de um profissional da área da saúde apto para o trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente;
- Formação técnico-científica e humana de excelência em uma área específica de atuação profissional de saúde;
- Formação científica, entendendo a pesquisa como propulsora do ensino e da aprendizagem.”

Neste contexto, o curso de Psicologia na UNIFESP articula Saúde, Intervenção e Clínica, enfatizando a interação entre os fenômenos biológicos, humanos e sociais na busca por uma visão de saúde integral. Propõe a formação de profissionais aptos ao trabalho em equipes interprofissionais, atendendo as necessidades de saúde da população (Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia do Campus Baixada Santista/ UNIFESP, 2006).

Possui como ênfases curriculares, segundo o Projeto Pedagógico:

1) Psicologia, Produção de Conhecimento e Pesquisa

Esta ênfase problematiza o próprio processo de produção de conhecimento a partir de diferentes estratégias de pesquisa;

2) Psicologia, Intervenção, Clínica e Saúde

Propomos uma articulação em equipes inter e multiprofissionais, não reduzindo ao caráter remediativo e psicoterápico hegemônico no exercício profissional na área da saúde. Dessa forma, a prática clínica se configura em atuações nos âmbitos individuais, grupais, organizacionais, institucionais, comunitários, etc.”

Neste contexto, o curso de Psicologia, considerando seu projeto Político Pedagógico, desenvolve uma formação que busca integrar e articular a humanização do cuidado tanto nos Eixos Comuns “O Ser Humano e sua inserção social” e “Trabalho em Saúde”, como no distribuído pelos módulos no âmbito do Eixo Específico.

4.2 População de Estudo

Participaram do estudo 51 estudantes do curso de Psicologia da UNIFESP. Estiveram envolvidos apenas os estudantes que aceitaram o convite de participação

4.3 Coleta de Dados

A escolha dos procedimentos para coleta de dados, segundo Santos (2004), deve estar baseada nos objetivos da pesquisa, de forma que cada procedimento escolhido seja capaz de atendê-los.

Vianna (2001) destaca que os dados coletados podem ser de dois tipos: dados qualitativos ou dados quantitativos. A pesquisa quantitativa envolve dados numéricos, em geral com amostra ampla, estratificada e precisa. Os dados são colhidos a partir de questionários, testes ou entrevistas estruturadas, e a relação entre pesquisador e sujeito da pesquisa é na maioria das vezes distante e de curta duração. A pesquisa qualitativa analisa a situação a partir de dados descritivos, e geralmente é utilizada em pesquisas que envolvem inúmeros aspectos: crenças, opiniões, significados.

Buscando atender aos objetivos propostos para esta investigação, optou-se pela abordagem qualitativa de pesquisa.

4.3.1 O Grupo Focal como procedimento de produção de dados

Grupo focal é uma técnica de pesquisa ou avaliação qualitativa não-diretiva que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico sugerido por um pesquisador.

Além disso, pode ser considerado um recurso para compreender o processo de constituição das percepções, atitudes e representações sociais de certos grupos de sujeitos, sendo que o que mais importa é a interação estabelecida entre os participantes (Tanaka & Melo, 2001).

A utilização do grupo focal tem como vantagens a participação ativa dos sujeitos na discussão, a obtenção de informação que não ficam limitadas à concepção dos avaliadores, a alta qualidade e a variedade das informações obtidas e o clima relaxado que proporciona confiança aos participantes para expressar suas opiniões (Tanaka & Melo, 2001).

O pesquisador responsável pelo grupo não deve realizar uma entrevista em grupo, mas estabelecer e facilitar a sua discussão. Sua atenção deve estar voltada para a rede de influências das opiniões formadas sobre um determinado tema.

Para isso:

- deve-se definir claramente a questão a ser analisada;
- escolher um facilitador de discussão que não é necessariamente o pesquisador;

- escolher pelo menos um relator para anotar a discussão;
deve haver um balanço entre as uniformidades e diversidades do grupo;
- respeitar os critérios estabelecidos de acordo com os objetivos da pesquisa;
- deve ter em média de seis a dez participantes, sendo que a quantidade de grupos não deve ultrapassar doze;
- selecionar pessoas com diferentes opiniões sobre o tema;
- deve-se avisar vagamente os participantes do tema a ser discutido;
- o local escolhido deve favorecer a interação entre esses participantes;
- deve-se utilizar equipamentos como gravadores para registro dos encontros;
- deve ser explicado aos participantes os objetivos do grupo, como foi a seleção de participantes, porque não foram dadas muitas informações sobre o tema e questões de sigilo e gravação do que for obtido;
- esclarecer que não existe opinião certa ou errada e que todas interessam;
- deve-se fazer uma rodada inicial para que todos os participantes se aproximem do tema a ser discutido.

O facilitador tem um papel chave como guia do Grupo Focal. Ele pode, em certas situações, fazer perguntas sobre o tema para guiar a discussão e, para isso, deve manter uma lista de questões que podem ou não ser utilizadas. Por outro lado, o facilitador pode proporcionar uma atmosfera favorável à discussão, sem intervir, apenas controlando o tempo e estimulando as falas de todos os participantes para evitar que a discussão fique monopolizada por um deles (Tanaka & Melo, 2001).

Além disso, é função dele observar expressões gestuais dos participantes e interpretá-las. Deve ter certa experiência como condutor de grupos, ser sensível à escuta, flexível, simpático e ter clareza de expressão (Tanaka & Melo, 2001).

Para análise das discussões, todo o material gravado deve ser ouvido repetidamente agrupando-se fragmentos dos discursos em categorias que serão identificadas na própria discussão. Deve-se tentar apreender as ideias que são base das opiniões expressas.

Para a mostragem dos resultados deve-se formular um relatório acentuando-se as relações entre os elementos pontuados e os identificados e avaliar as interpretações dos participantes (Tanaka & Melo, 2001).

Nesta pesquisa, os grupos focais foram configurados por série (assim, formaram-se 5 grupos focais) e cada um foi composto de 8 a 12 estudantes de Psicologia.

Nos grupos focais foi utilizado um roteiro que privilegiou as seguintes questões:

- O que lhe ocorre quando se fala em humanização?
- A partir de suas vivências como sujeito que experiencia o processo de saúde-doença, relate uma experiência de relato/atendimento que para você tenha sido um exemplo de humanização na saúde.
- Durante o curso, que experiências ou situações você considera que tenha contribuído para a formação humanista do/a estudante?

A dinâmica de realização dos grupos focais foi caracterizada através da participação voluntária dos estudantes. A explicação sobre o que seria o grupo focal e o pedido de participação foram feitos no mesmo momento, porém em todas as turmas encontrar um horário em que todos pudessem participar foi a maior dificuldade.

Cada turma teve um grupo focal específico na tentativa de diminuir os possíveis níveis ansiogênicos que poderiam ser causados pela mistura das turmas. Entretanto, um mesmo fator foi motivo de incômodo nos cinco grupos: a falta de tempo, o acúmulo de atividades e o cansaço, apesar da vontade de todos os participantes de colaborar com a pesquisa.

Os inícios das discussões foram marcados pela necessidade de objetividade dos participantes para com o facilitador. A princípio alguns grupos precisavam que ao invés de uma discussão fosse feita uma troca entre perguntas e respostas. O objetivo do grupo focal foi explicado novamente para esses grupos e, apesar da inicial relutância, a maioria dos participantes contribuiu com suas experiências e opiniões, sendo que a discussão entre os estudantes foi priorizada pelo facilitador.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo X.2).

4.4 Análise dos Dados

A análise qualitativa exige um intercruzamento de processos e técnicas articulados com os objetivos da pesquisa.

A análise do material a ser produzido nos grupos focais foi feita por meio da técnica de análise de conteúdo, do tipo temática. Partiu-se do caminho interpretativo proposto por Franco (2002), no qual o trabalho analítico inclui primeiramente uma Pré-análise, na qual foram feitas repetidas leituras, obtendo assim um contato intenso com o material, articulando com os questionamentos e os objetivos iniciais da pesquisa, criando-se núcleos direcionadores que orientaram a interpretação final da pesquisa. Em

um segundo momento, a partir dos núcleos orientadores estabelecidos, extraíram-se unidades de contexto das falas transcritas e também, as unidades de registro presentes em cada uma das unidades de contexto.

No terceiro momento, as unidades de registro foram agrupadas de acordo com seus significados em categorias, que direcionaram a finalização da análise.

4.5 Aspectos Éticos

Este estudo seguiu todas as orientações do Conselho Nacional de Ética na Pesquisa, submetendo-o para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP antes de qualquer processo de coleta de dados. Tem-se claro, também, a necessidade da formalização da anuência para participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo).

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aproximação aos estudantes mostrou-se significativa, permitindo apreender suas concepções sobre humanização, bem como conhecer experiências no campo das práticas em saúde e as vivências no curso de Psicologia que os graduandos reconheceram como promotoras de aprendizagem sobre humanização no cuidado.

5.1 Concepções de Humanização

A análise dos dados relativos às concepções de humanização permitiu identificar 77 unidades de contexto e 103 unidades de registro. O trabalho analítico possibilitou, ao agruparmos as unidades e seus significados, apreender como núcleos temáticos centrais: prática sensível e cuidado integral.

Em todos os grupos focais emergiu humanização como prática sensível abrangendo olhar integral, promover bem estar a partir de novos modos de pensar e intervir, escuta e possibilidade de colocar-se no lugar do outro, construindo relações democráticas.

Para alguns estudantes, humanizar está naquela atenção que um profissional de saúde pode prestar ao seu paciente enquanto faz um procedimento ou pelo simples olhar o sujeito como algo além de ser apenas mais um caso.

“A humanização se baseia na disposição do cuidador em escutar, em estar de fato compartilhando aquele momento com o sujeito que é atendido, em trocar experiências, informações, sentimentos”

“Já eu penso em empatia, aproximação, participação ativa”, “humanizar é o que se tem de mais perto de capacitar todos os atributos que um ser humano pode ter”

“Humanização vem na minha cabeça uma atenção mais individual, não necessariamente personalizada, mas em que o profissional de saúde veja o paciente como pessoa e não apenas como paciente”.

A concepção de humanização como cuidado integral, também presente em todos os grupos focais, compreende reconhecer o outro como sujeito de direitos, legítimo interlocutor em relações interpessoais ampliadas, implicando atenção integral à saúde que demanda acolhimento e compreensão.

Os estudantes consideram a importância do cuidado integral relacionado à humanização:

“humanização me faz pensar em formas de cuidado que levem em consideração o sujeito como ser-humano em sua totalidade e integralidade”

“Um cuidado que inclui todos os aspectos do ser, não só os aspectos da doença. Inclui, na minha opinião, um olhar amplo, sem restrições”

“Me ocorre o tratamento do ser humano de uma forma que considere suas necessidades, vivências e concepções sobre si”

“eu penso que humanizar, em uma de suas formas, é encarar as pessoas nos seus aspectos subjetivos e sociais”

“Para mim remete à atuação profissional alinhada com a vivência, os sentimentos, as condições de vida e as necessidades pessoais de cada pessoa que é atendida”.

O trabalho analítico empreendido possibilitou, também, captar diferentes ênfases nas turmas IV, V e VI.

A turma IV concebe humanização, também, em uma perspectiva de empatia, participação ativa do usuário e relação de maior proximidade com os próprios membros da equipe de saúde, envolvendo uma dimensão política:

“Para ser uma relação humanizada, as pessoas teriam que se colocar em igualdade para que o poder permaneça entre eles”

“Pra mim não tem nada a ver com isso, é tudo uma questão política. É uma democratização, inserção de informações. É ação”.

A turma V, além das concepções de humanização vinculadas aos núcleos centrais, articularam humanização a dimensões mais individuais, centradas no amor ao próximo, respeito, humildade, prosperidade e ética.

“Eu, quando ela falou em humanização, pensei em respeito e ética como pontos fundamentais para pensar humanização”

“Humanização para mim é a capacidade que o indivíduo tem de ter compaixão, amor ao próximo e respeito”

“Eu relaciono humanização com um olhar único e integral a determinado sujeito, com um total respeito ao que ele seja”.

Importante destacar que na turma V foi obtida uma única referência a uma concepção mais vinculada ao senso comum: humanização entendida como referente ao “simples fato de ser humano”

“Nós só somos seres humanos porque as nossas bases nitrogenadas fizeram com que nós ficassemos seres humanos, se não seríamos outra coisa! Quer coisa mais humana do que ser humano?”.

A turma VI situou humanização fortemente vinculada à cultura, experiências, respeito às diferenças e solidariedade:

“Para ser sincero, não sei ao certo o que seja, imagino que seja o aprendizado de como se viver em sociedade de maneira civilizada através do que foi vivenciado”

“Tem mais a ver com a cultura que a gente adquire durante a educação, aquela de casa mesmo, sem livros”

“Eu acho que humanização é o que torna a gente mais humanos, mais solidários com as pessoas”

“Ocorre uma comoção e um otimismo quando ouço e vejo a humanização de certos aspectos”

“Eu acho que como profissionais da saúde a gente tem que pensar no outro como pessoa que sente e ter cuidado com isso”.

Os estudantes acreditam que o paciente deve ser tratado como um ser biopsicossocial e espiritual, que não deve ser fragmentado, que o cuidado deve ser integral com respeito e dedicação. Essa concepção aproxima-se, por exemplo, dos pressupostos defendidos pelo *HumanizaSUS*.

Reis *et al* (2009) mostra que o paciente deve ser cuidado em sua singularidade e

individualidade sendo respeitado e atendido em suas necessidades humanas básicas. Os autores trazem que o bom acolhimento, a atenção dada pelos profissionais de saúde associados ao tratamento de qualidade, de forma que caracterize uma assistência humanizada, minimiza os fatores estressantes que norteiam a internação.

O *ouvir* citado pelos estudantes também é destacado por De Marco (2006) dizendo que a boa comunicação é um processo de duas vias que requer tanto fala quanto escuta efetiva. O profissional deve levar em conta que os pacientes têm suas próprias crenças sobre seus corpos, saúde e doenças.

“promover o maior bem estar possível para cada situação, de acordo com as necessidades, demandas, crenças e cultura de cada caso” (fala de estudante da turma II).

Em Sá (2009) o outro, sujeito que busca o serviço de saúde, é trazido para junto do profissional como um igual, de forma a lembrar que todos somos seres humanos: “cuidar pressupõe olhar o outro, um olhar sobre o outro. A disposição para olhar o outro e a possibilidade de reconhecer, no outro e em seu sofrimento, algo de si mesmo” (pág. 659). Isso também foi citado pelos estudantes, pois humanizar é tornar o outro mais humano e assim perceber-se humano também

“Pra mim tem muito a ver com as relações humanas, e isso implica em não apenas considerar o caráter humano do outro, mas também mostrar que do lado de cá tem outro humano, com seus sintomas, vícios e virtudes” (fala de estudante da turma III).

Um dos estudantes relatou que

“humanização traz a ideia de uma relação mais próxima, mais humana, entre aspas, na qual as pessoas não sejam tratadas como objetos, numeros ou casos”.

Seguindo esse raciocínio, Silveira & Ribeiro (2005) afirmam que pensar em um modelo de atenção à saúde que privilegia o doente e não a doença, com suas características, seu estilo e seu contexto de vida, o significado que a doença tem para ele, implica considerar a devida relevância que, neste processo, tem as relações pessoais, familiares com os profissionais de saúde e com a instituição em que se

encontra.

De acordo com Boff (1995),

“ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde. Ser saudável significa realizar um sentido de vida que englobe a saúde, a doença e a morte” (pág 13).

Para os estudantes é isso que se objetiva falando em humanização da saúde: é tratar com respeito, acolhimento, dignidade e pensar que saúde é um conceito relativo e que cada paciente tem uma forma de alcançá-la.

5.2 Experiências de Humanização

Com relação às experiências de relato ou atendimento que tenham sido exemplo de humanização na saúde, através do trabalho analítico observa-se que os estudantes relataram mais experiências pessoais, ligadas ao Módulo de Trabalho em Saúde, aos estágios de quarto e quinto anos, ao contato com o NAPS e com o Programa Saúde da Família, a congressos e eventos que traziam exemplos práticos de atendimento, à extensão e ao Sistema Público de Saúde como um todo, principalmente com relação ao que eles tem contato pelos meios de comunicação.

Além especificamente do lugar onde essas experiências ocorreram, muitos estudantes citaram o que fez com que essas experiências se tornassem relevantes como exemplos de humanização, como: o profissional mantendo o olhar focado no paciente, o interesse do profissional por conhecer o histórico familiar, diagnóstico, condição social e condição psicológica do paciente, o incentivo a uma postura mais ativa, o cuidado integral e a prática mais sensível, o foco no paciente como sujeito e não em seu diagnóstico, a atenção que o profissional pode proporcionar às necessidades dos familiares que acompanham com o paciente todo o processo do tratamento.

“Não acho que só o nosso contato tenha a ajudado, mas as nossas visitas, o nosso cuidado, o olhar voltado para ela, mesmo ela não conseguindo falar com a gente”

“Eles buscaram conhecer a história da família e entender o que levava uma criança de nove anos a nunca ter frequentado a escola”

“O médico cogitava a possibilidade de amputação e por causa desta condição, ele não podia trabalhar”

“Ele sempre projetava suas esperanças no futuro, esperando alguém fazer algo por ele, alimentando esperanças de voltar a andar um dia e não se apropriava do que estava vivendo no momento presente”

“fazendo brincadeiras com as crianças no hospital, tentando reposicionar elas como sujeito através do brincar”

“levar em conta muitas variáveis da vida da pessoa e tratar ela como sujeito”

“o cuidado integral, considerando o que a pessoa quer fazer, no que ela quer melhorar, enfim suas reais necessidades”

“o que a gente quer não é a medicalização ou o diagnóstico”

“me envolvi muito com as questões de toda a família e percebi que a conversa era essencial para todos ali”.

Para os estudantes, o simples fato de o profissional fazer-se presente com acolhimento, simpatia e atenção e ouvir as reais necessidades do paciente faz com que todo o processo da doença e do tratamento torne-se menos amedrontador.

“estar ali, ouvindo e apoiando pareceu de extrema importância”

“tem horas que o encontro com o paciente e a escuta são naquele momento suficientes”

“eu saí de lá me sentindo acolhida e é isso que a gente tem que fazer pra humanizar o tratamento das pessoas: acolher”.

Durante os grupos foi discutido que o envolvimento do profissional e de sua equipe muitas vezes faz com que ele tenha que improvisar, que não siga exatamente o protocolo como deve ser feito, mas que ele deve saber diferenciar o certo do necessário para cada paciente que atende.

“profissionais que se tornaram, além de funcionários exercendo sua função, mas pessoas importantes na causa da luta contra a doença”

“A mãe da menina, depois que ela morreu, foi falar com a equipe e

agradeceu muitão pela equipe ter permitido que a filha realizasse o último desejo”.

Os estudantes da turma II consideraram, por suas experiências, que o profissional humanizado deve tentar ao máximo aproximar-se de seus pacientes, extrapolar a medicalização, manter o olhar focado no paciente e nas suas necessidades e incentivar uma postura mais ativa por parte do paciente.

“quando o cuidador procura se aproximar do sujeito utilizando elementos de interesse comum dos envolvidos, como música, trabalhos manuais”

“a equipe percebeu que era possível pensar um tratamento para além dos medicamentos, algo mais humano”

“As nossas visitas, o nosso cuidado, o olhar voltado para ela, mesmo ela não conseguindo falar com a gente”

“Aí sim que ele começou a questionar a postura que ele tinha em relação à própria vida e começou a pensar no que ele poderia fazer com a própria situação”.

Com os estudantes da turma III foi possível perceber que foi maior importância dada às experiências relacionadas ao envolvimento da equipe multiprofissional com o paciente como um todo, para além da clínica, em seus aspectos políticos, biológicos, sua situação social e seus direitos

“Lá eles conseguem fazer com que a saúde não fique só como um processo clínico fechado no indivíduo, sabe? Eles ampliaram a saúde pro campo político”.

Mudar o foco da medicalização e do diagnóstico e colocá-lo no paciente foi o que chamou a atenção da prática dos estudantes da turma IV. A maioria colocou como experiência lugares em que o sujeito foi acolhido com simpatia pelos profissionais e a atenção ficou voltada para o paciente como sujeito de seu tratamento e não no diagnóstico que traziam ao lado do nome:

“Nós trabalhamos diversas dinâmicas com os usuários do serviço, com o

objetivo de tirá-los da monotonia das suas vidas, e outro aspecto interessante é que não tivemos acesso ao prontuário deles então a gente não sabe qual doença eles tem e trabalhamos apenas com seres humanos da saúde mental”.

Para a turma V as vivências em humanização remetem à atenção integral. Os estudantes relataram que muitos dos profissionais que conheceram tentam analisar os aspectos relacionados à saúde a partir da história de vida do indivíduo:

“Antes eles se preocupam se a pessoa tem roupas, alimento, de onde ela vem e qual a história de vida. Aí, o paciente passa por psicólogos e assistentes sociais que são os responsáveis em recolher estes dados e ajudar no que for preciso”.

Já a turma VI se dividiu ao falar de experiências, porém o Sistema Público de Saúde foi o foco principal. Para alguns, o SUS é o exemplo máximo de tratamento humanizado que um paciente pode receber

“Então, mas eu fui muito bem atendida em uma cirurgia no SUS! E em todos os aspectos”

“O serviço de saúde pública. Para mim é o que vem na cabeça quando pergunta um exemplo de humanização”.

Para outros, o Sistema Público é exatamente o que explicita os problemas da saúde brasileira

“Olha só um exemplo de que saúde pública não funciona: se tem um cirurgião plástico, que por ser plástico é super qualificado, fez uma remoção imediata de pontos, um caso simples... Se for feito em hospital particular demora cerca de cinco minutos, mas no serviço público, os mesmos pontos feitos pelo mesmo médico precisam de toda burocracia do hospital e passaria horas na fila”

“Uma vez minha avó teve um desmaio e como é uma senhora, qualquer coisa que aconteça já é muito mais preocupante, mas ela foi internada e bem atendida rapidamente. O que eu acho bem difícil de acontecer, principalmente no sistema público”.

Todos os estudantes dos cinco grupos focais mostraram conhecer a história do SUS e sabiam que muitos procedimentos realizados em hospitais particulares são pagos pelo sistema público.

Além disso, foi citado em todos os grupos que experiências relacionadas à humanização referem-se a uma equipe multiprofissional e preparada para escutar as necessidades do paciente, fazendo o máximo para capacitá-lo e torná-lo ator de sua própria saúde.

Humanizar está naquela atenção que um profissional de saúde pode prestar ao seu paciente enquanto faz um procedimento ou pelo simples olhar o sujeito como algo além de ser apenas mais um caso. O simples fato de o profissional fazer-se presente com acolhimento, simpatia e atenção e ouvir o que esse paciente tem a dizer faz com que todo o processo saúde-doença torne-se menos ameaçador e desconhecido (MOTA *et al*, 2006).

Um profissional que trabalhe com o ser humano deve tratá-lo como humano tentando fazer o melhor, com aproximação, igualdade e respeito e faz parte da humanização a capacidade de ouvir e falar, a linguagem e o diálogo (Buss, 2000).

Os estudantes pensaram em suas próprias vidas para falar sobre exemplos de humanização na saúde apesar da grande quantidade de filmes vistos neste sentido (“Patch Adams”, “Doutores da Alegria – O Filme”, “Hospital de Heróis”, “Óleo de Lourenço”, “Medidas Extraordinárias”). Os depoimentos dos estudantes situaram a humanização experiências muito próximas deles mesmos, boas ou ruins. Houve surpresas aos exemplos sobre médicos que foram apenas atenciosos e, ao mesmo tempo, alguns estudantes ainda não se vêem em uma sociedade que cultua essa forma de tratamento.

Humanização é uma estratégia que interfere no processo de produção de saúde que leva em conta sujeitos sociais, agentes que modificam realidades e que são transformadores de si e de outros. É nisso que esses estudantes se sentem mais tocados.

5.3 Experiências ou Situações Durante o Curso que Tenham Contribuído para a Formação Humanista como Estudante

As experiências dos estudantes durante o curso de Psicologia que se referem à humanização também fizeram parte do trabalho analítico a fim de identificar o que na graduação colabora para a formação humanista do estudante da área da saúde. De um modo geral, todos os grupos citaram as experiências em campo desde o primeiro

semestre da graduação, os Módulos Trabalho em Saúde, Inserção Social e alguns Módulos específicos, como Psicologia e Educação, Psicodiagnóstico, Grupos e Instituições e Psicologia e Humanismo.

Para Alves et al (2009), a relação estudante/professor carrega grande responsabilidade, pois o professor torna-se um modelo de atitudes para o estudante através do processo de identificação e essa relação pode repetir-se no relacionamento do futuro profissional de saúde com seus pacientes.

Entre as particularidades de cada turma, na II observa-se que foi de grande importância a relação dos próprios estudantes entre si, como turma, com o que eles nomearam de “experiência da caixinha” em que cada um colocava algo que o havia marcado ou incomodava com relação à turma e eles liam e discutiam juntos em almoços comunitários feitos por eles mesmos

“foi um momento em que nós paramos de pensar apenas em nós mesmos e tivemos um momento mais coletivo, mais humano, nós quebramos as barreiras que existiam entre alguns grupos da sala e desenvolvemos uma experiência grupal”

“Essa coisa da caixinha foi muito interessante, porque eu me senti acolhido coletivamente e espero levar essa sensação boa ao longo de toda vida, seja profissional, seja pessoalmente”

“A caixinha mexeu muito com a gente”.

Para a turma III, o contato com os professores e com o Laboratório de Sensibilidades proporcionou identificações e trocas que colaboraram para que no futuro tornem-se profissionais mais humanizados:

“Foram principalmente os professores que, com formação e uma super experiência, puderam passar para a gente a importância da prática humanista na área da saúde”

“A relação que a gente tem com os professores faz muita diferença quando a gente vai ver interesses profissionais para depois”

“durante toda a graduação, todos os professores falam sobre a importância do viés humanista na nossa formação”

“o laboratório de sensibilidades me fez tomar contato com outras possibilidades de estar no mundo e de repensar as minhas práticas para uma abertura às diferenças que o outro traz e que muitas vezes precisam de legitimação para não se embrutecer”

“quando o professor sabe o meu nome e me trata como igual, isso pra mim foi muito importante”.

O Eixo Trabalho em Saúde foi o principal sensibilizador para as turmas IV e V. Para esses estudantes, TS (como é chamado o Eixo Trabalho em Saúde) possibilitou o contato com os pacientes desde o início da graduação quando ainda não sabiam direito o que um psicólogo fazia. A capacidade da TS de trazer o profissional para dentro da vida do paciente fez com que os estudantes mantivessem-se abertos para as possíveis experiências que teriam e permanecessem com o olhar aberto para o que o paciente como sujeito possibilita de aprendizado

“a TS valoriza muito o discurso humanista”

“Todo o módulo de TS e o contato com a população, eu me senti afetando e sendo afetado a cada contato”

“Definitivamente as atividades do eixo Trabalho em Saúde”

“a atuação na prática em TS, foi importante principalmente para saber como um humanista deve agir e pensar”

“Eu acho que só o contato com a comunidade e o exercício da escuta desde o 1º termo que a gente faz em TS já são mais do que suficientes”.

Os estudantes da turma VI levaram muito em consideração as experiências pessoais de cada um. O trabalho analítico possibilitou apreender que a convivência dos estudantes entre si, com pessoas diferentes, com outras realidades e com os professores fez com que eles relacionassem humanização ao que pode ser mais prático, como o contato mais próximo de um ser humano com o outro, a atenção trocada entre eles, o respeito e o ato de ouvir.

As mudanças que o entrar na Universidade proporcionaram para as vidas destes

estudantes como o contato com pessoas diferentes e as dificuldades de cada um contribuíram para que concluíssemos que

“um profissional humano é assim, próximo do seu paciente”

“E eu acho que não só o fato de entrar na faculdade e conhecer outras pessoas e outras matérias, mas o fato de ter mudado de cidade e ter que ver a vida de uma nova perspectiva”

“Com diferentes personalidades já contribui para humanização e respeito às diferenças de opinião, porque é o que deixa a gente em contato com outras realidades e experiências”

“A gente só sabe o que fazer quando passa certas coisas na pele! E acho que as nossas vivências fora de casa ajudam muito a gente a amadurecer e ver como é o mundo lá fora”.

Os cinco grupos focais tiveram unidades de contexto e de registro convergentes e divergentes, porém em todos eles o Eixo Trabalho em Saúde foi citado por pelo menos um estudante, como exemplo da graduação em que eles se sentiram mais próximos do que idealizam como humanização da saúde. Em todos os grupos também as questões pessoais foram levadas em consideração e o contato com os professores e outros módulos teve importância.

A experiência pessoal de cada estudante é muito relevante quando se fala em humanização, tanto com relação ao que vê em teoria como com o que vive dentro e fora da Universidade. Em Belmonte (2003, pág. 3), “E esse aluno só poderá desenvolver a percepção do paciente como pessoa se ele, aluno, for percebido e considerado como pessoa”. Se o estudante não se sente seguro com o professor, poderá não sentir a segurança e o acolhimento que são parte importante de seu trabalho como profissional de saúde.

Pereira & Almeida (2009) afirmam que para manter a graduação como um todo focada na formação ética e humanista é necessário mais do que uma única disciplina específica.

Para Belmonte (2003), o estudante só desenvolve a percepção do paciente como pessoa se ele for considerado e percebido como uma. Antes de ser profissional, afirmam Moretti-Pires & Bueno (2009), o profissional é um ser humano que está trabalhando e

faz parte de relações de saber e poder que estão presentes nas práticas de atenção a saúde.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido na perspectiva de apreender e analisar as concepções de humanização por estudantes de Psicologia do Campus Baixada Santista da UNIFESP.

Os dados produzidos e discutidos permitem situar que humanizar abrange cuidado integral, prática profissional sensível, necessidades do sujeito-paciente, escuta ativa, atenção integral à saúde.

Importante destacar que estas concepções de humanização foram sendo construídas e engendradas nos itinerários formativos nos quais os estudantes estão inseridos, compreendendo tanto experiências pessoais, como resultantes das aprendizagens no decorrer do curso de Psicologia.

Os estudantes participantes da pesquisa expressaram o entendimento de que as experiências construídas no Eixo Trabalho em Saúde, articulando com as discussões no eixo O Ser Humano e sua Inserção Social e alguns módulos específicos do curso de psicologia, incluindo as vivências no Laboratório de Sensibilidades, possibilitaram compreender humanização como processo que influencia na produção de saúde de homens e mulheres, sujeitos historicamente situados e que são transformados e transformadores de si, de outros e do próprio cotidiano.

A experiência pessoal de cada estudante e as experiências coletivas parecem imbricar-se, podendo ser vividas e/ou provocadas, induzidas e fomentadas pontes entre as aprendizagens construídas em cenários da prática e os espaços de sala de aula. Relevante inferir que as interações estruturadas entre professores e estudantes têm um papel importante na representação e prática no campo da produção de um cuidado integral e humanizado, na perspectiva da integralidade.

Esta pesquisa contribui para a compreensão de que parece haver uma articulação fundamental entre os pressupostos do projeto Pedagógico do campus Baixada Santista, a organização de situações de aprendizagem em contextos de prática e os valores, conceitos e compreensões que os estudantes vão construindo no decorrer do seu processo de formação.

E como a roda de investigação alimenta-se dos achados, mas também do que suscitam de novos questionamentos, vale pensar que um desdobramento deste estudo poderá ser uma pesquisa mais abrangente que ouça outros estudantes do campus e procure investigar as relações entre as concepções de humanização e a proposta de

educação inteprofissional.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, P.C. A educação popular em saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade. **Tese de Doutorado**. Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, V.S *et al.* Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder *in* **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 13 (31); 261-272. São Paulo, 2009.

ALVES, A.N.O. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil *in* **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33 (4); 555-561. On-line, 2009.

ARAGAKI, S.S. & SPINK, M.J.P. The place of psychology in medical education *in* **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 13 (28); 85-98. São Paulo, janeiro/março 2009.

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care *in* **American Economic Review**. 53(5); 89-121. California, 1963.

AYRES, J.R.C.M Hermenêutica e humanização das práticas de saúde *in* **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (3); 549-560. São Paulo, 2005.

AZEVEDO, C.C. *et al.* O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL *in* **Revista Brasileira de Educação Médica**. 33 (4); 586-595. On-line, 2009.

BELMONTE, T.S.A. A ética e o graduando de medicina *in* <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/8401>, 2003. Acessado em 23 de dezembro de 2010.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano *in* <http://cursa.ihmc.us/rid=1GMSLFWNB-5RXV9C-GSQ/Saber%20Cuidar%20-%20Etica%20do%20Humano.pdf>.

Petrópolis, 1999. Acessado em 20 de fevereiro 2011.

BOHN, M.B. Identidade pessoal e profissional do professor: conflitos e problematizações na prática pedagógica universitária *in* **UNIREvista**. 1 (2); 1-14. Rio Grande do Sul, abril 2006.

BRECAILO, D. O pensamento complexo como fonte de consciência ética no ensino superior *in* **InterSaberes – Revista Científica**. 2 (3). ISSN 1809-7286. Paraná, 2007.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida *in* **Revista C S Col**. 5(1); 163-77. 2000.

CAPRARA, A & FRANCO, A.L.S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica *in* **Caderno de Saúde Pública**. 15 (3); 647-654. Rio de Janeiro, 1999.

CAPRARA, A & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico *in* **Ciência & Saúde Coletiva**. 9 (1); 139-146. Rio de Janeiro, 2004.

CARDOSO, P.M *et al.* Percepção de mães sobre o atendimento prestado a seus filhos por acadêmicos da 11ª fase em um ambulatório de pediatria *in* **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 36 (3); 42-51. Santa Catarina, 2007.

CARVALHO, M.R. & LUSTOSA, M.A. Interconsulta Psicológica *in* **Revista SBPH**. 1 (1), 1-17. Rio de Janeiro, junho 2008.

CARVALHO, Y.M. & CECCIM, R.B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva *in* <https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>. Rio de Janeiro, 2006. Acessado em 14 de março 2011.

CHAMLIAN, H.C. Docência na universidade: professores inovadores na USP *in* **Cadernos de Pesquisa**. 118; 41-64. São Paulo, março 2003.

CORDÁS, T.A. As três tsunamis da Psiquiatria, mensurar, não desumanizar *in* **Revista de Psiquiatria Clínica**. 32 (4); 240-241. São Paulo, 2005.

COSTA, N.M.S.C. Docência no Ensino Médico: Por que é tão difícil mudar? *In* **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (1); 21-30. On-line, 2007.

DE MARCO, M.A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente *in* **Revista Brasileira de Educação Médica**. 30 (1); 60-72. Rio de Janeiro, janeiro/abril 2006.

EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática: Sigmund Freud, Michael Balint e Pierre Marty *in* **Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro**. 1 (1); 1-43. Rio de Janeiro, 2010.

ERDMANN, A.L. *et al.* Students's point of view of their professional preparation to practice in the Brazilian Universal Health Care System *in* **Acta Paulista de Enfermagem**. 22 (3); 288-294. São Paulo, 2009.

FILHO, A.A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde *in* **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 8 (15), 375-380. São Paulo, 2004.

GARCIAS, L.M.G & ISAYAMA, H.F. Humanização assistencial e atuação do profissional de Educação Física no atendimento à saúde hospitalar *in* **Revista Digital**. 15 (145). Buenos Aires, 2010. Acessado em 25 de novembro de 2010.

GOMES, A.M.A *et al.* Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação *in* **Saúde & Sociedade**. 17 (1); 143-152. São Paulo, 2008.

GRECCHI, D. & CASTRO, D.S.P. O sentido de aprender psicologia para alunos de graduação em fisioterapia *in* **Psicólogo inFormação**. 12 (12); 72-106. São Paulo, janeiro/dezembro 2008.

HADDAD, A.E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008 *in* **Revista Saúde Pública**. 44 (3); 383-393. Brasília, 2010.

JEAMMET, P. R. M & CONSOLI, S. Psicologia Médica *in* **MEDSI**. Rio de Janeiro, 2000.

LOPES, F.M & BRITO, E.S. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva *in* **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 21 (3); 283-291. São Paulo, 2009.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual *in* **Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (2); 335-342. Rio de Janeiro, 2007.

MAGALHÃES, F.J *et al.* Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem *in* **Revista Rene**. 5 (2); 79-85. Ceará, 2004.

MENDONÇA, L.G. A literatura de ficção científica como estratégia de ensino: discussão da ética profissional e do saber-fazer da ciência em sala de aula *in* **Revista Ciências & Idéias**. 1 (1); 41-51. Rio de Janeiro, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho nacional de educação/ Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>>. Acessado em 10 de março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 1. ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. ISBN 85-334-055-8. Acessado em 17 de março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. **ISBN 85-334-0871-4**. Acessado em 17 de março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Comunicação visual/Instruções Básicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABCdoSUS.pdf>. Acessado em 17 de março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. il. **ISBN 85-334-0325-9**. Acessado em 17 de março de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde – 2 ed. = Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9p. (Série E. Legislação de Saúde). **ISBN 978-85-334-1359-7**. Acessado em 17 de março de 2011.

MORETTI-PIRES, R.O. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. **Tese de Pós-Graduação**. Ribeirão Preto, 2008.

MORETTI-PIRES, R.O & BUENO, S.M.V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo *in* **Acta Paulista de Enfermagem**. 22

(4), 439-444. São Paulo, 2009.

MOTA, R.A. *et al.* Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar *in* **Psicologia em Estudo**. 11 (2); 323-330. Paraná, 2006.

NEVES, A.A.B. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? *in* **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. 13 (supl. 1), 781-785. São Paulo, 2009.

PEREIRA, M.A & ALMEIDA, M.H.M. Diálogos entre o ensino de ética e as questões éticas vivenciadas por Terapeutas Ocupacionais *in* **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 20 (2), 135-142. São Paulo, 2009.

PESSOTTI, I. A formação humanística do médico *in* **Medicina Ribeirão Preto**. 29(10), 440-448. São Paulo, 1996.

PIERANTONI, C.R. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS *in* **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. 18 (4); 685-704. Rio de Janeiro, 2008.

PIVETTA, H.M.F. Reuniões Pedagógicas como espaço de reflexão e construção da docência superior: discutindo concepções de formação e docência *in* <http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT08-5130--Res.pdf>. Rio Grande do Sul, 2008. Acessado em 12 de janeiro 2011.

PRATA-LINHARESI, M.M. Uma experiência em construção de inovação curricular no ensino superior *in* **Revista Profissão Docente**. 8 (17). Minas Gerais, 2008. www.uniube.br/propep/mestrado/revista/. Acessado em 23 de novembro de 2010.

REIS, P.E.D. *et al.* Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde *in* **Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**. 2 (1); 81-92. Brasília, janeiro/abril 2009.

RODRIGUES, A.V. O valor da escuta como cuidado na assistência ao parto *in* **Ateliê do Cuidado**. 1 (1); 1-15. São Paulo, 2004.

SÁ, M.C. On fraternity: a psychosociological view of healthcare and the humanization

of healthcare practices *in* **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 13 (1.1); 651-64. Rio de Janeiro, 2009.

SALLES, M.M & BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano *in* **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 41 (1); 73-81. São Paulo, 2007.

SEKI, N.H & GALHEIGO, S.M. The use of music in palliative care: humanizing care and facilitating the farewell. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 14 (33); 273-84. São Paulo, abril/junho 2010.

SILVEIRA, L. M. C. & RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients *in* **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 9 (16); 91-104. São Paulo, setembro 2004/fevereiro 2005.

SOUZA, W.S & MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate *in* **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 12 (25); 327-338. São Paulo, 2008.

SUCUPIRA, A.C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde *in* **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**. 11 (23); 619-635. São Paulo, 2007.

Tanaka, O.Y & Melo, C. O que é o grupo focal *in* **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – Um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem *in* **Revista Brasileira de Educação**. 13 (39); 545-554. ISSN 1413-2478. Acessado em 23 de novembro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Manual do estudante primeiro termo (1º semestre) curso de psicologia**. 2008. Disponível em: <http://www.unifesp.br/homebaixada/manual_psico_2011.pdf>. Acessado em 19 de março de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Projeto político pedagógico**. 2006. Disponível em: <<http://prograd.unifesp.br/santos/download/2006/projetopedagogico.pdf>>. Acessado em 20 de março de 2011.

VAN DER MOLEN, H.T.; LANG, G. Habilidades da consulta na escuta médica *in* **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. 1; 47-66. São Paulo, 2007.

“humanização”, *in* **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx?pal=humanização>. Acessado em 2 de março de 2011.

VIII. ANEXOS

8.1 Aprovação do Comitê de Ética

O projeto intitulado:***"Concepções de Humanização na Ótica de Estudantes de Psicologia Campus Baixada Santista/UNIFESP***" sob sua orientação,foi avaliado pelo Núcleo de Bioética da Unifesp -- BS, que fez as seguintes considerações em anexo.

Att.,

--

Maria Gisélia Núcleo de Bioética /UNIFESP/Campus Baixada Santista/ Fone: (13) 523-5029 Santos, 13 de junho de 2011.

Ilmo.(a) Sr.(a) Prof. (a) Dr.(a) Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Departamento: Saúde, Educação e Sociedade - Unifesp

Projeto Pesquisa Intitulado:*"Concepções de Humanização na Ótica de Estudantes de Psicologia Campus Baixada Santista/UNIFESP". *

NBBS 071/11

8.2 Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa, CONCEPÇÕES DE “HUMANIZAÇÃO” NO ÓTICA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA / CAMPUS BAIXADA SANTISTA – UNIFESP, tem como objetivo conhecer e discutir as concepções de Humanização de estudantes de diferentes séries do curso de Psicologia do Campus Baixada Santista / UNIFESP como futuros profissionais da saúde.

Para seu desenvolvimento serão realizados grupos focais com estudantes que estejam cursando o curso específico de Psicologia do Campus Baixada Santista da UNIFESP. Dentre os procedimentos previstos não há previsão de qualquer desconforto ou risco para os participantes da investigação.

A pesquisa ocorrerá na Unidade Ponta da Praia do Campus Baixada Santista da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo e cada grupo focal terá em média a duração de duas horas.

Considerando os preceitos éticos em pesquisa, você poderá, em qualquer etapa do estudo, ter acesso aos pesquisadores responsáveis pela investigação para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a professora doutora Sylvia Helena Souza da Silva Batista, que pode ser encontrado no endereço UNIFESP/ Campus Baixada Santista (Av Ana Costa, 95 / Santos), telefone 13 – 3322-2048.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, tel: (11) 5571-1062, fax: (11) 5539-7162, e-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras professoras, não sendo divulgado a identificação de nenhuma participante.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, da mesma forma que não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O pesquisador compromete-se a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo A CONCEPÇÕES DE

**“HUMANIZAÇÃO” NO ÓTICA DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA / CAMPUS
BAIXADA SANTISTA.**

Eu discuti com a Profª Drª Sylvia Helena Souza da Silva Batista sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Discente

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

8.3 Modelo do Roteiro do Grupo Focal

O que lhe ocorre quando se fala em humanização?

A partir de suas vivências como sujeito que experiencia o processo de saúde-doença, relate uma experiência de relato/atendimento que para você tenha sido um exemplo de humanização na saúde.

Durante o curso, que experiências ou situações você considera que tenham contribuído para a sua formação humanista como estudante?

8.4 Quadros Analíticos

TÍTULO DO QUADRO

TURMA XX

[illegible]